

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



320807
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/04/2016 12:00	4-Data de Autorização 01/05/2016 12:00	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7615231	7-Data Validade da Senha 01/02/2019 12:00
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 01/01/2019		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
-----------------------	--	--------------------------------------	--	--	--	---------------------------------------	--

13-Nome ADRIAN PATRIK FERREIRA BAGUNDES		14-Telefone ()		15-Nome do titular do plano ADRIAN PATRIK FERREIRA BAGUNDES	
--	--	--------------------	--	--	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
---	--

16-Alendramento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO
----------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 193894813253	22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO
---	---

26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO



025 -

Faturar Empresa

Enviar - RX

(I) 82001294-36

(I) 82001294-48

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-000181000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			05/06/20	Adrian
2-000184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			05/06/20	Adrian
3-000184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			05/06/20	Adrian
4-000184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			05/06/20	Adrian
5-000184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			05/06/20	Adrian
6-000185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00			05/06/20	Adrian
7-000185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00			05/06/20	Adrian
8-000185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00			05/06/20	Adrian
9-000185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00			05/06/20	Adrian
10-000185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00			05/06/20	Adrian
11-000182001294		REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	186,00	0,00			05/06/20	Adrian
12-000182001294		REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	186,00	0,00			05/06/20	Adrian
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/01/2019	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1851,00	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	-----------------------------------	--------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

Assinatura do Profissional Solicitante
ALESSANDRA BRITO LOBATO

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/06/20	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/06/20	52-Data, local e Assinatura de Empresa
---	---	--

Assinatura de Adrian Patrik Ferreira Bagundes